



ИНСТРУКЦИЯ
по применению лекарственного средства
МЕТОПРОЛОЛ

Торговое название: Метопролол

Международное непатентованное название: Metoprolol

Описание

Таблетки белого цвета, плоскоцилиндрической формы, с фаской (дозировки 25 мг и 50 мг).

Таблетки белого цвета, плоскоцилиндрической формы, с фаской и риской (дозировка 100 мг).

Состав

Каждая таблетка содержит:

активное вещество: метопролола тартрат – 25 мг, 50 мг или 100 мг;

вспомогательные вещества: кремния диоксид коллоидный безводный, целлюлоза микрокристаллическая, натрия крахмалгликолят (тип А), тальк, магния стеарат, лактоза моногидрат.

Фармакотерапевтическая группа

Бета-адреноблокаторы. Селективные бета-адреноблокаторы.

Код АТХ C07AB02

Фармакологические свойства

Фармакодинамика

Метопролол является селективным бета₁-адреноблокатором. При повышении дозы селективность к бета₁-адренорецепторам может снижаться. Внутренней симпатомиметической активностью не обладает. Повышенное артериальное давление уменьшает как в положении стоя, так и в положении лежа. Не вызывает ортостатическую гипотензию и не влияет на электролитный состав крови. Оказывает антиангинальное, антигипертензивное и антиаритмическое действие. Уменьшает стимулирующее действие катехоламинов на сердце при физической и психоэмоциональной нагрузке, приводит к уменьшению ЧСС, сократимости миокарда, сердечного выброса. В первые дни применения лекарственное средство увеличивает ОПСС, которое при длительном применении нормализуется или даже снижается. Снижает потребность миокарда в кислороде (за счет урежения ЧСС и снижения сократимости миокарда), уменьшает число и тяжесть приступов стенокардии и повышает толерантность к физической нагрузке. При суправентрикулярной тахикардии, мерцании предсердий, синусовой тахикардии, функциональных заболеваниях сердца и гипертиреозе урежает ЧСС и может привести к восстановлению синусового ритма. Антиаритмическое действие обусловлено уменьшением скорости спонтанного возбуждения синусового и эктопического водителя ритма и замедлением AV проводимости. В меньшей степени, чем неселективные бета-адреноблокаторы, влияет на высвобождение инсулина и углеводный обмен.

В терапевтических дозах метопролол обладает меньшей способностью вызывать бронхоспазм, чем неселективные бета-адреноблокаторы. Это свойство позволяет использовать метопролол в

комбинации с бета₂-адреномиметиками в лечении пациентов с бронхиальной астмой или выраженными хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Фармакокинетика

Всасывание и распределение

После приема лекарственного средства внутрь метопролол практически полностью (приблизительно 95%) абсорбируется из ЖКТ. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 1,5-2 ч. Биодоступность метопролола составляет примерно 50% при однократном и приблизительно 70% при многократном приеме. Одновременный прием пищи может повысить биодоступность метопролола на 30 – 40%. Связывание с белками плазмы – 10%. Проникает через ГЭБ и плацентарный барьер, выделяется с грудным молоком. Метопролол широко распределяется в тканях и имеет большой объем распределения (5,6 л/кг).

Метаболизм и выведение

Метопролол интенсивно биотрансформируется в печени с образованием неактивных метаболитов. Период полувыведения из плазмы составляет от 1 до 9 часов (в среднем – 3,5 часа). Общий клиренс метопролола составляет около 1 л/мин. Выводится в основном почками (95%), около 5% – в неизменном виде, остальное – в виде метаболитов.

Отдельные группы пациентов

Существенных отличий фармакокинетики метопролола у пожилых пациентов не выявлено.

При нарушении функции почек снижается выведение метаболитов и практически не меняется выведение неизменного метопролола. При тяжелой почечной недостаточности (СКФ < 30 мл/мин) наблюдается значительное накопление метаболитов, однако степень бета-адренергической блокады при этом не усиливается.

Нарушение функции печени незначительно влияет на фармакокинетику метопролола. Однако при тяжелом циррозе печени и/или после наложения портокавального шунта биодоступность может возрасти, а общий клиренс – снизиться. После портокавального шунтирования общий клиренс метопролола составляет примерно 0,3 л/мин, а площадь под кривой концентрации-времени повышается примерно в 6 раз по сравнению со здоровыми лицами.

Показания к применению

- Артериальная гипертензия.
- Стенокардия.
- Снижение смертности и частоты повторного инфаркта после острой фазы инфаркта миокарда.
- Нарушения сердечного ритма, включая наджелудочковую тахикардию, снижение частоты сокращения желудочков при фибрилляции предсердий и желудочковых экстрасистолах.
- Функциональные нарушения сердечной деятельности, сопровождающиеся тахикардией.
- Профилактика приступов мигрени.
- Как вспомогательное средство при гиперфункции щитовидной железы.

Способ применения и дозы

Дозировка подбирается индивидуально в соответствии с симптоматикой заболевания.

Таблетки принимают внутрь натощак, не разжевывая и запивая достаточным количеством питьевой воды. Одновременный прием пищи увеличивает биодоступность метопролола на 40%. В период подбора дозы следует контролировать частоту сердечных сокращений для предупреждения брадикардии. Длительность курса терапии устанавливается врачом индивидуально и зависит от особенностей течения заболевания. Если после длительного применения лекарственного средства требуется прекращение лечения, то делать это нужно постепенно и медленно, так как внезапная отмена метопролола может привести к резкому повышению артериального давления.

Взрослые

Артериальная гипертензия. Доза 100-200 мг в сутки в один или два приема вызывает у большинства пациентов удовлетворительный терапевтический эффект. В случае однократной дозы в сутки, препарат следует принимать утром. Если после применения дозы 200 мг в сутки не будет достигнут желаемый терапевтический эффект, дозу препарата можно увеличить или назначить дополнительные антигипертензивные препараты, особенно диуретики и антагонисты кальциевых каналов (производные дигидропиридина).

Стенокардия. Доза 100-200 мг в сутки, назначаемая в 2 приема. Можно увеличить суточную дозу или дополнительно назначить лечение нитратами.

Состояние после парентерального лечения острой фазы инфаркта миокарда. Спустя 15 минут после последней инъекции следует назначить по 50 мг препарата каждые 6 часов в течение 2 дней. В дальнейшем лечении применяют препарат Метопролол в форме таблеток или препарат Метопролол МВ в форме капсул пролонгированного действия.

Профилактическое лечение после инфаркта миокарда

С профилактической целью по 100 мг утром и вечером.

Нарушения сердечного ритма. Доза 100-200 мг в сутки в два или три приема вызывает у большинства пациентов удовлетворительный терапевтический эффект. При необходимости дозу можно увеличить.

Гипертиреоз. Дозу следует устанавливать индивидуально. Рекомендации по применению: в начале лечения по 50 мг 3-4 раза в сутки; дозу можно увеличить до 100 мг 3-4 раза в сутки, если ЧСС выше чем 75 ударов/минуту спустя 3-4 дня лечения начальной дозой лекарственного средства. При гипертиреозе биотрансформация метопролола повышена, поэтому может быть необходимо применение высшей дозы лекарственного средства. Препарат обычно применяют в период отмены другого лекарственного средства.

Функциональные нарушения сердечной деятельности. Доза 100 мг в сутки в один прием вызывает у большинства пациентов удовлетворительный терапевтический эффект. При необходимости дозу можно увеличить.

Профилактика приступов мигрени. 100-200 мг в сутки, назначаемая в 2 приема.

Особые группы пациентов

Нарушения функции почек. Изменение дозирования лекарственного средства при нарушениях функции почек не требуется.

Нарушения функции печени. Пациентам, страдающим заболеваниями печени, метопролол назначают в тех же дозах, что и пациентам, у которых функция печени не нарушена. Однако в случае значительного нарушения функции печени (например, после операции шунтирования) может возникнуть необходимость в снижении дозы метопролола.

Пациенты пожилого возраста. Корректировка дозы не требуется.

Дети до 18 лет. В данной возрастной группе эффективность и безопасность применения препарата не установлена.

Побочное действие

Указанную ниже частоту нежелательных реакций определяли, используя следующее примечание: очень часто (> 1/10), часто (> 1/100 - <1/10), нечасто (> 1/1.000 - <1/100), редко (> 1/10.000 - <1/1.000), очень редко (<1/10.000), неизвестно (нельзя определить на основании имеющихся данных).

Нарушения со стороны крови и лимфатической системы: очень редко – тромбоцитопения, лейкопения.

Нарушения со стороны эндокринной системы: редко – обострение скрытого сахарного диабета.

Нарушения со стороны обмена веществ и питания: нечасто – увеличение массы тела.

Нарушения психики: нечасто – депрессия, ослабление концентрации, сонливость или бессонница, кошмарные сны; редко – нервозность, напряжение; очень редко – забывчивость или ослабление памяти, спутанность сознания, галлюцинации.

Нарушения со стороны нервной системы: часто – головокружения, головные боли; нечасто – парестезии.

Нарушения со стороны органа зрения: редко – нарушения зрения, сухость или раздражение глаз, конъюнктивит.

Нарушения со стороны органа слуха и вестибулярного аппарата: часто – нарушения равновесия (вместе с потерей сознания); очень редко – шум в ушах, расстройства слуховой функции.

Нарушения со стороны сердца: часто – брадикардия, тахикардия; нечасто – преходящее обострение симптомов сердечной недостаточности, блокада атриовентрикулярного узла I степени, боль за грудиной, кардиогенный шок у пациентов с острым инфарктом миокарда; редко – функциональные признаки нарушений сердечной функции, нарушения ритма сердечных сокращений, нарушения сердечной проводимости.

Нарушения со стороны сосудов: часто – выраженное понижение артериального давления крови и ортостатическая гипотония, очень редко с потерей сознания; нечасто – холодные ладони и стопы; очень редко – некроз у пациентов с тяжелыми заболеваниями периферических сосудов, которые встречаются до лечения.

Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения: часто – одышка; нечасто – бронхоспазм; редко – катаральные явления.

Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: часто – тошнота, боли в животе, понос, запоры; нечасто – рвота; редко – сухость во рту; очень редко – расстройства вкусовых ощущений.

Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей: редко – нарушения печеночных проб; очень редко – гепатит.

Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей: нечасто – реакции повышенной чувствительности кожи; редко – обострение псориаза, реакции фоточувствительности, гипергидроз, выпадение волос.

Нарушения со стороны скелетно-мышечной и соединительной ткани: нечасто – судороги мышц; очень редко – боли в суставах, ослабление мышц.

Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочной железы: редко – импотенция, нарушение либидо.

Общие расстройства и нарушения в месте введения: очень часто – повышенная утомляемость; нечасто – отеки.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к метопролола тартрату, другим бета-адренолитическим средствам или к любым другим вспомогательным веществам.

Блокада атриовентрикулярного узла второй или третьей степени.

Сердечная недостаточность в стадии декомпенсации (отек легких, нарушения кровообращения или гипотония) и постоянное или периодическое применение лекарств, повышающих сократительную функцию миокарда (агонисты бета-адренергических рецепторов).

Клинически выраженная синусовая брадикардия (частота сердечных сокращений < 50/мин).

Синдром слабости синусового узла.

Кардиогенный шок.

Стенокардия Принцметала.

Тяжелые нарушения периферического артериального кровообращения.

Гипотония (систолическое давление < 90 мм. рт. ст.).

Метаболический ацидоз.

Тяжелая бронхиальная астма или хроническое обструктивное заболевание легких.

Одновременное применение ингибиторов моноаминоксидазы (за исключением ингибиторов MAO-B).

Тяжелое заболевание периферических сосудов с угрозой гангрены.

Возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены).

Метопролол нельзя назначать пациентам с подозрением на острый инфаркт миокарда и частотой сердечных сокращений меньше 45 ударов/мин, интервалом $PQ > 0,24$ секунды или систолическим давлением < 100 мм. рт. ст.

Метопролол нельзя применять пациентам с сердечной недостаточностью и повторяющимся систолическим давлением менее 100 мм. рт. ст. (показано обследование перед началом лечения).

Противопоказано (за исключением отделения интенсивной терапии) одновременное назначение внутривенно лекарственных средств, блокирующих кальциевые каналы, таких как верапамил или дилтиазем, или других лекарственных средств антиаритмического действия (как дизопирамид).

Передозировка

Симптомы: гипотензия, синусовая брадикардия, предсердно-желудочковая блокада, сердечная недостаточность, кардиогенный шок, асистолия, тошнота, рвота, бронхоспазм, цианоз, гипогликемия, потеря сознания, кома.

Перечисленные выше симптомы могут усиливаться при одновременном приеме алкоголя, гипотензивных лекарственных средств, хинидина и барбитуратов. Первые симптомы передозировки проявляются через 20 минут - 2 часа после приема лекарственного средства.

Лечение: необходима интенсивная терапия и мониторинг жизненно-важных функций пациента (кровообращения и дыхания, почек, гликемия, электролиты сыворотки). Если лекарственное средство было принято не слишком давно, обязательно промывание желудка, если промывание невозможно и пациент находится в сознании, можно вызвать рвоту (в присутствии медицинского персонала), с последующим введением активированного угля и осмотического слабительного.

Атропин (0,25-0,5 мг в/в для взрослых, 10-20 мкг/кг для детей) должен быть назначен до промывания желудка (из-за риска стимуляции блуждающего нерва).

При тяжелой гипотензии, брадикардии и угрозе сердечной недостаточности следует в/в вводить бета₁-агонисты (добутамин) с интервалом 2 - 5 минут или путем инфузии до достижения желаемого эффекта. При отсутствии селективных бета₁-агонистов внутривенно ввести атропин или допамин. При отсутствии желаемого эффекта возможно применение других адреномиметиков (изопреналин или норэпинефрин). Введение глюкагона в дозах 1 - 10 мг полезно для достижения обратимости эффектов блокады бета-рецепторов. При выраженной брадикардии, резистентной к фармакотерапии, может потребоваться имплантация водителя сердечного ритма. Бронхоспазм можно снять в/в введением бета₂-агониста (например, сальбутамола или тербуталина). Эти антидоты можно применять в дозах, превышающих терапевтические. Гемодиализ неэффективен.

Применение при беременности и в период кормления грудью

Метопролол не следует назначать во время беременности и в период грудного кормления, за исключением тех случаев, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода и/или ребенка.

Беременность

Бета-адренолитические лекарственные средства могут ухудшать перфузию плаценты и стать причиной смерти плода, а также преждевременных родов. Наблюдались задержка внутриутробного развития плода после длительного применения метопролола для беременных с небольшим, умеренно повышенным артериальным давлением. Бета-адренолитические лекарственные средства могут удлинять течение родов и вызывать брадикардию у плода и новорожденного. Имеются также сообщения о появлении гипогликемии, гипотонии, повышенной билирубинемии, а также затрудненной реакции на гипоксемию тканей у новорожденного. Лечение лекарственным средством необходимо прерывать за 48-72 ч до планируемой даты родов. В том случае, когда это невозможно, за новорожденным необходимо

наблюдать на протяжении 48-72 часов после рождения относительно субъективных и объективных симптомов блокирования бета-адренергических рецепторов (например, сердечных и легочных осложнений).

Кормление грудью

Концентрация метопролола в молоке приблизительно в три раза больше, чем в плазме крови. Несмотря на то, что после применения лекарственного средства в терапевтических дозах риск вредного воздействия на грудного ребенка невелик (за исключением людей с медленным метаболизмом), за грудным ребенком, который находится на грудном вскармливании, необходимо наблюдать с точки зрения признаков блокирования бета-адренергических рецепторов.

Меры предосторожности

В случае увеличения брадикардии дозу лекарственного средства необходимо уменьшить или отменить его, постепенно уменьшая дозу.

Бета-адренолитические лекарственные средства необходимо применять осторожно пациентам с бронхиальной астмой. Если пациент с астмой принимает бета₂-адреномиметическое лекарственное средство (в виде таблеток или ингаляций), в таком случае, начиная лечение метопрололом, следует проконтролировать дозу бета₂-адреномиметика и увеличить ее в случае необходимости.

Метопролол может нарушать контроль гликемии при лечении сахарного диабета и маскировать признаки гипогликемии. У пациентов с инсулиннезависимым сахарным диабетом следует контролировать содержание глюкозы в плазме крови.

Расстройства предсердно-желудочковой проводимости могут иногда усиливаться во время лечения метопрололом (возможность появления блокады атриовентрикулярного узла).

Метопролол может приводить к обострению заболеваний периферических артерий, таких как перемежающаяся хромота.

При стенокардии Принцметала бета-адреноблокаторы могут увеличить число и продолжительность приступов.

У пациентов с псориазом на фоне приема метопролола возможно обострение заболевания. Бета-адренолитические лекарственные средства могут обострять симптомы чешуйчатого лишая или вызывать его появление.

В том случае, когда метопролол прописан пациентам с опухолями, исходящими из хромаффинной ткани (феохромоцитомы), необходимо предварительно применить лекарственное средство альфа-адренолитического действия и продолжать его применение одновременно с метопрололом.

Лечение метопрололом может маскировать признаки гиперфункции щитовидной железы.

При проведении общей анестезии на фоне приема бета-адреноблокаторов повышается риск развития артериальной гипотензии. При необходимости проведения хирургического вмешательства следует предупредить анестезиолога о проводимой терапии, чтобы подобрать средство для наркоза с минимальным отрицательным инотропным действием, однако отмена лекарственного средства перед операцией у пациентов с ИБС не рекомендуется.

Перед проведением радиологического исследования с йодосодержащими контрастными препаратами лечение метопрололом должно быть заблаговременно прекращено. В случаях, когда применение метопролола абсолютно необходимо и его нельзя отменить, необходимо назначать соответствующее лечение.

Следует избегать назначения высоких доз метопролола сразу без предварительного титрования пациентам, подвергающимся некардиологическим операциям, так как у пациентов с факторами сердечно-сосудистого риска это было ассоциировано с брадикардией, артериальной гипотензией и инсультом, в том числе со смертельным исходом.

Так же, как и другие бета-адренолитические лекарственные средства, метопролол может повышать как чувствительность к аллергенам, так и усиливать анафилактические реакции.

Адреналин не всегда дает желаемый терапевтический результат у пациентов, получающих терапию бета-адренолитическими лекарственными средствами.

Пациентам с тяжелыми нарушениями функции почек, с серьезными острыми состояниями, сопровождающимися метаболическим ацидозом, и пациентам, которые получают комбинированное лечение препаратами наперстянки, следует уделять особое внимание.

Лицам пожилого возраста лекарственное средство назначают с осторожностью в низких дозах и под постоянным медицинским наблюдением с регулярным контролем показателей функции почек.

Пациенты, пользующиеся контактными линзами, должны учитывать, что на фоне лечения бета-адреноблокаторами возможно уменьшение продукции слезной жидкости.

Лекарственное средство Метопролол содержит лактозу моногидрат. Его не следует назначать пациентам с редким наследственным нарушением толерантности к галактозе, наследственным дефицитом лактазы или синдромом нарушения всасывания глюкозы-галактозы.

Влияние на способность к управлению транспортными средствами или потенциально опасными механизмами

С осторожностью применять во время работы водителям транспортных средств и людям, профессия которых связана с повышенной концентрацией внимания. Во время лечения метопрололом могут появиться головокружение и повышенная утомляемость, поэтому пациенты должны оценить, какая у них реакция на лекарство, прежде чем начнут вести автомобиль или обслуживать механические устройства в движении. Описанные симптомы могут усиливаться в случае одновременного употребления алкоголя или после смены лекарств.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Метопролол является субстратом CYP2D6, в связи с чем, лекарственные средства, ингибирующие CYP2D6 (хинидин, тербинафин, пароксетин, флуоксетин, сертралин, целекоксиб, пропafenон и дифенгидрамин), могут влиять на плазменную концентрацию метопролола тартрата.

Следует избегать совместного применения лекарственного средства Метопролол со следующими лекарственными средствами

Производные барбитуровой кислоты. Барбитураты усиливают метаболизм метопролола, вследствие индукции ферментов.

Пропафенон. При назначении пропафенона четырем пациентам, получавшим лечение метопрололом, отмечалось увеличение плазменной концентрации метопролола в 2-5 раз, при этом у двух пациентов отмечались побочные эффекты, характерные для метопролола. Данное взаимодействие было подтверждено в ходе исследования на 8 добровольцах. Вероятно, взаимодействие обусловлено ингибированием пропафеноном, подобно хинидину, метаболизма метопролола посредством системы цитохрома P4502D6. Принимая во внимание тот факт, что пропафенон обладает свойствами бета-адреноблокатора, совместное назначение метопролола и пропафенона не представляется целесообразным.

Верапамил. Комбинация бета-адреноблокаторов (атенолола, пропранолола и пиндолола) и верапамила может вызывать брадикардию и приводить к снижению АД. Верапамил и бета-адреноблокаторы имеют взаимодополняющий ингибирующий эффект на атриовентрикулярную проводимость и функцию синусового узла.

Комбинация лекарственного средства Метопролол со следующими лекарственными средствами может потребовать коррекции дозы

Амиодарон. Совместное применение амиодарона и метопролола может приводить к выраженной синусовой брадикардии. Принимая во внимание крайне длительный период полувыведения амиодарона (50 дней), следует учитывать возможное взаимодействие спустя продолжительное время после отмены амиодарона.

Антиаритмические средства I класса. Антиаритмические средства I класса и бета-адреноблокаторы могут приводить к суммированию отрицательного инотропного эффекта, который может приводить к серьезным гемодинамическим побочным эффектам у пациентов с нарушенной функцией левого желудочка. Также следует избегать подобной комбинации у пациентов с синдромом слабости синусового узла и нарушением AV проводимости. Взаимодействие описано на примере дизопирамида.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). НПВС ослабляют антигипертензивный эффект действия бета-адреноблокаторов. Исследования были сосредоточены в основном на индометацине. Данное действие не будет проявляться при взаимодействии с сулиндаком. В исследованиях с диклофенаком такого взаимодействия не обнаружено.

Дифенгидрамин. Дифенгидрамин уменьшает клиренс метопролола до α -гидроксиметопролола в 2,5 раза. Одновременно наблюдается усиление действия метопролола.

Дилтиазем: Дилтиазем и бета-адреноблокаторы взаимно усиливают ингибирующий эффект на AV проводимость и функцию синусового узла. При комбинации метопролола с дилтиаземом отмечались случаи выраженной брадикардии.

Эпинефрин. Сообщалось о 10 случаях выраженной артериальной гипертензии и брадикардии у пациентов, принимавших неселективные бета-адреноблокаторы (включая пиндолол и пропранолол) и получавших эпинефрин. Взаимодействие отмечено и в группе здоровых добровольцев. Предполагается, что подобные реакции могут наблюдаться и при применении эпинефрина совместно с местными анестетиками при случайном попадании в сосудистое русло. Предполагается, что этот риск гораздо ниже при применении кардиоселективных бета-адреноблокаторов.

Фенилпропаноламин. Фенилпропаноламин (норэфедрин) в разовой дозе 50 мг может вызывать повышение диастолического АД до патологических значений у здоровых добровольцев. Пропранолол в основном препятствует повышению АД, вызываемому фенилпропаноламином. Однако, бета-адреноблокаторы могут вызывать реакции парадоксальной артериальной гипертензии у пациентов, получающих высокие дозы фенилпропаноламина. Сообщалось о нескольких случаях развития гипертонического криза на фоне приема фенилпропаноламина.

Хинидин. Хинидин ингибирует метаболизм метопролола у особой группы пациентов с быстрым гидроксилированием, вызывая, главным образом, значительное увеличение плазменной концентрации метопролола и усиление бета-блокады. Полагают, что подобное взаимодействие характерно и для других бета-адреноблокаторов, в метаболизме которых участвует цитохром P4502D6.

Клонидин. Гипертензивные реакции при резкой отмене клонидина могут усиливаться при совместном приеме бета-адреноблокаторов. При совместном применении, в случае отмены клонидина, прекращение приема бета-адреноблокаторов следует начинать за несколько дней до отмены клонидина.

Рифампицин. Рифампицин может усиливать метаболизм метопролола, уменьшая плазменную концентрацию метопролола.

Пациенты, одновременно принимающие метопролол и другие бета-адреноблокаторы (глазные капли) или ингибиторы моноаминоксидазы, должны находиться под тщательным наблюдением.

На фоне приема бета-адреноблокаторов ингаляционные анестетики усиливают кардиодепрессивное действие.

На фоне приема бета-адреноблокаторов пациентам, получающим гипогликемические средства для приема внутрь, может потребоваться коррекция дозы последних.

Плазменная концентрация метопролола может повышаться при приеме циметидина или гидралазина.

Сердечные гликозиды при совместном применении с бета-адреноблокаторами могут увеличивать время атриовентрикулярной проводимости и вызывать брадикардию.

Метопролол может вызывать уменьшение выведения других лекарств (например, лидокаина).

Условия хранения

В защищенном от влаги и света месте при температуре не выше 25 °С.

Хранить в недоступном для детей месте.

Срок годности

2 года.

Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке.

Упаковка

Дозировка 25 мг: 10 или 15 таблеток в контурной ячейковой упаковке из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой. По шесть контурных ячейковых упаковок по 10 таблеток; по две или четыре контурные ячейковые упаковки по 15 таблеток с инструкцией по медицинскому применению в пачке из картона.

Дозировка 50 мг: 10 или 15 таблеток в контурной ячейковой упаковке из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой. По три или шесть контурных ячейковых упаковок по 10 таблеток; по две или четыре контурные ячейковые упаковки по 15 таблеток с инструкцией по медицинскому применению в пачке из картона.

Дозировка 100 мг: 10 таблеток в контурной ячейковой упаковке из пленки поливинилхлоридной и фольги алюминиевой. По три или шесть контурных ячейковых упаковок по 10 таблеток с инструкцией по медицинскому применению в пачке из картона.

Условия отпуска

По рецепту.

Информация о производителе

СООО «Лекфарм», Республика Беларусь, 223141, г. Логойск, ул. Минская, д. 2а/4,
www.lekpharm.by